

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

Année 1922

THÈSE

N°

380

POUR

LE DOCTORAT EN MÉDECINE

PAR

Jean PAREUX

NÉ A ALGER LE 6 OCTOBRE 1891

INTERNE PROVISOIRE DES HOPITAUX DE PARIS

CONSIDÉRATIONS

SUR LES

HYSTÉROTOMIES PAR VOIE BASSE

AU COURS DE L'ACCOUCHEMENT

(A PROPOS DE QUATRE OBSERVATIONS PERSONNELLES)

Président: M. BRINDEAU, professeur

PARIS

LIBRAIRIE H. DELARUE

5, RUE DES GRANDS-AUGUSTINS, 5

1922

380

028

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

Année 1922

N°

THÈSE

POUR

LE DOCTORAT EN MÉDECINE

PAR

Jean PAREUX

NÉ A ALGER LE 6 OCTOBRE 1891
INTERNE PROVISOIRE DES HOPITAUX DE PARIS

CONSIDÉRATIONS

SUR LES

HYSTÉROTOMIES PAR VOIE BASSE

AU COURS DE L'ACCOUCHEMENT

(A PROPOS DE QUATRE OBSERVATIONS PERSONNELLES)



Président: M. BRINDEAU, professeur

PARIS

LIBRAIRIE H. DELARUE

5, RUE DES GRANDS-AUGUSTINS, 5

1922

	Le Doyen :	M. ROGER.
	Professeurs :	MM.
Anatomie.		NICOLAS.
Anatomie médico-chirurgicale.		CUNÉO.
Physiologie.		Ch. RICHET.
Physique médicale		André BROCA.
Chimie organique et chimie générale		DESGREZ.
Bactériologie		BEZANÇON.
Parasitologie et Histoire naturelle médicale		BRUMPT.
Pathologie et thérapeutiques générales.		Marcel LABBÉ.
Pathologie médicale		RENON.
Pathologie chirurgicale		LECÈNE.
Anatomie pathologique.		LETULLE.
Histologie		PRENANT.
Pharmacologie et matière médicale		POUCHET.
Thérapeutique		CARNOT.
Hygiène		BERNARD.
Médecine légale		BALTHAZARD.
Histoire de la médecine et de la chirurgie		MÉNÉTRIÉR.
Pathologie expérimentale et comparée.		ROGER.
Clinique médicale	{	ACHARD.
		WIDAL.
		GILBERT.
		CHAUFFARD.
Hygiène et clinique de la première enfance.		MARFAN.
Clinique des maladies des enfants		NOBÉCOURT.
Clinique des maladies mentales et des maladies de l'encéphale		CLAUDE.
Clinique des maladies cutanées et syphilitiques.		JEANSELME.
Clinique des maladies du système nerveux		P. MARIE.
Clinique des maladies contagieuses		TEISSIER.
Clinique chirurgicale.	{	DELBET.
		LEJARS.
		HARTMANN.
		GOSSET.
Clinique ophtalmologique.		De LAPERSONNE.
Clinique des maladies des voies urinaires.		LEGUEU.
Clinique d'accouchements.	{	BAR.
		COUVELAIRE.
		BRINDEAU.
		J.-L. FAURE.
Clinique gynécologique.		Auguste BROCA.
Clinique chirurgicale infantile.		VAQUEZ.
Clinique thérapeutique.		SEBILEAU.
Clinique oto-rhino-laryngologique.		DUVAL.
Clinique thérapeutique chirurgicale.		SERGENT.
Clinique propédeutique		

Agrégés en exercice.

MM.	MM.	MM.	MM.
ABRAMI.	DUVOIR.	LARDENNOIS.	PHILIBERT.
ALGLAVE.	FIESSINGER.	LE LORIER.	RATHERY.
BASSET.	GARNIER.	LEMIERRE.	RETTERER.
BEAUDOUIN.	GOUGEROT.	LEQUEUX.	RIBIERRE.
BLANCHETIÈRE	GREGOIRE.	LEREBoullet.	RICHAUD.
BRANCA.	GUENIOT.	LÉRI.	ROUSSY.
CHAMPY.	GUILLAIN.	LÉVY-SOLAL.	ROUVIÈRE.
CHEVASSU.	HEITZ-BOYER.	MATHIEU.	SCHWARTZ.
CHIRAY.	JOYEUX.	METZGER.	TANON.
CLERC.	LABBÉ (HENRI).	MOCQUOT.	TERRIEN.
DEBRÉ.	LAIGNE-LA-	MULON.	TIFFENEAU.
DESMAREST.	VASTINE.	OKINCZYC.	VILLARET.

Par délibération en date du 9 décembre 1798, l'École a arrêté que les opinions émises dans les dissertations qui lui seront présentées, doivent être considérées comme propres à leurs auteurs et qu'elle n'entend leur donner aucune approbation ni improbation.

A mon Président de Thèse

MONSIEUR LE PROFESSEUR BRINDEAU

A mon Maître

MONSIEUR LE DOCTEUR JEANNIN

PROFESSEUR AGRÉGÉ

En témoignage de ma profonde reconnaissance

A MES MAITRES DANS LES HOPITAUX



Digitized by the Internet Archive
in 2026

INTRODUCTION

Nous ne reprendrons pas ici une étude détaillée des incisions profondes du col et de la césarienne vaginale. Ces questions sont depuis longtemps traitées.

Nous tenons seulement à indiquer que les incisions du col qui, comme toute intervention chirurgicale, possèdent leurs indications et contre-indications, doivent, dans certaines circonstances, pouvoir être élastiques et admettre des cas atypiques, à condition que ceux-ci n'abusent pas de leur complaisance.

Nos observations n'envisagent que ces derniers cas. Il fallait aller au plus court, tourner la difficulté vite et avec le maximum de chances. Il est entendu que nous avons eu des résultats heureux, ce qui ne veut pas dire cependant qu'il faille toujours nous imiter.

Nous ajoutons à ces deux observations d'incisions deux observations de césarienne vaginale qui présentent aussi quelques particularités. Dans un cas, la césarienne a été précédée d'une amputation du col ; dans l'autre, nous eûmes à pratiquer une césarienne itérative. Nous devons avouer, dès maintenant, que l'exécution en fut peu réjouissante et que, pendant les quarante-huit premières heures, nous avons désespéré du succès.

Nos observations sont présentées avec tous les incidents

opératoires qui sont survenus au cours des interventions. Aucun d'eux ne nous paraît de nature à faire blâmer notre conduite.

Avant tout, nous voulions éviter de perdre une femme ou de laisser s'éterniser une situation dangereuse pour elle.

Il nous semble que, dans tous ces cas, il n'y avait pas autre chose à faire.

Tant au point de vue des incisions du col que de la césarienne vaginale, nous reprendrons rapidement la technique opératoire, rappelant à ce sujet les idées de notre maître, M. Jeannin.

En terminant cette introduction, nous tenons à le remercier. C'est lui qui nous a inspiré ce sujet de thèse et qui, avec sa bienveillance habituelle, nous en a fourni la documentation. Nous lui exprimons toute notre reconnaissance et notre profonde gratitude.

CHAPITRE PREMIER

CONSIDÉRATIONS SUR LES INCISIONS DU COL

Observation n° 1. — Mme M. Georgina, trente ans.

La malade ne présente aucun antécédent. Elle a eu trois accouchements antérieurs normaux. Les trois enfants sont vivants.

Ses dernières règles datent du 5 septembre.

La femme, nullement incommodée par sa grossesse, continue à travailler et ne signale rien d'anormal avant le 20 avril.

A cette date, en allant à son travail, elle perd une certaine quantité d'eau. Elle ne s'en inquiète pas et continue à vaquer à ses occupations.

Elle ne vient consulter que le 27 avril, à 22 heures environ, car elle commence à ressentir de légères douleurs.

L'utérus est souple, non rétracté. Les contractions très rares ne gênent pas le palper qui permet de reconnaître une présentation du siège en S. I. G. A. Les battements du cœur fœtal sont bons.

Au toucher, le col est long de plusieurs centimètres, très épais. A l'orifice externe, l'on sent en même temps que le pied gauche le cordon qui bat très régulièrement.

La femme a un bon état général et ne présente pas de température.

Le 28, à 11 heures du matin, la situation est exactement la même : la femme a eu quelques douleurs, mais le col est demeuré sans changement. Le membre pelvien est plus descendu, les battements fœtaux sont ralentis. M. Jeannin décide d'intervenir.

La femme est anesthésiée au chloroforme. L'on tente d'abord une dilatation bimanuelle vite interrompue devant la résistance du col.

Grâce à deux valves, l'on se rend facilement compte de son état. Il est long, très épais, n'est pas trop étroitement appliqué sur le membre

du fœtus, ce qui explique qu'il n'y a pas eu compression du cordon, On l'abaisse par deux pinces de Museux, et l'on incise en avant, sur la ligne médiane sur une longueur de 5 à 6 centimètres. L'incision intéresse le cul-de-sac vaginal antérieur, un doigt refoule la vessie.

De même la face postérieure du col est incisée sur la ligne médiane en s'arrêtant au cul-de-sac vaginal. Ces deux incisions sont faites très prudemment pour éviter la section du cordon.

L'ouverture pratiquée est suffisante pour permettre d'extraire facilement un garçon, de 2 080 grammes qui, né étonné, est facilement ranimé.

L'on pratique la délivrance immédiate complète de 380 grammes, la suture au catgut de l'incision antérieure en deux plans, l'un sur le col et le segment inférieur, l'autre plus superficiel, sur l'incision vaginale. Deux points en arrière referment la section postérieure.

Les suites de couches sont sans histoire. La température n'a jamais dépassé 37,6.

La malade avant son départ est revue au spéculum. La suture vaginale a bien tenu, les incisions du col n'ont pas repris.

La femme quitte le service au bout de quinze jours en parfait état.

Observation n° 2. — Mme P. Yvonne, vingt-deux ans.

Femme sans antécédents héréditaires ni personnels.

Réglée à l'âge de treize ans. Accouche spontanément à terme en mai 1916 après avoir eu une grossesse normale. Les suites de couches se passent sans incidents.

La seconde grossesse remonte au 27 juillet 1921. Pendant les deux premiers mois, elle accuse des nausées, quelques vomissements.

Rien n'attire ensuite son attention jusqu'au 30 avril 1922, où, inquiétée par une petite perte de sang, elle vient consulter. Cette femme, bien que près de son terme, a un utérus peu développé, fortement dévié à droite. La présentation est oblique; le siège est perçu dans la fosse iliaque gauche, la tête dans l'hypocondre droit. Le dos est en avant, les bruits du cœur bien entendus.

Le col est long, perméable pour l'extrémité de l'index. Le doigt ne peut atteindre les membranes et revient légèrement teinté de sang.

Nous essayons de verticaliser la présentation par manœuvres externes, nous ne pouvons y parvenir.

Jusqu'au 9 mai aucun changement ne survient, les bruits du cœur fœtal continuent à être nettement perçus. Le 9 mai au matin la malade nous prévient qu'elle n'a plus senti remuer depuis la veille au soir. Nous trouvons le fœtus toujours en même attitude mais les B. du C. ne sont plus entendus. Le col est comme au jour de l'entrée.

Dans la nuit du 10 au 11 mai, la malade présente une hémorragie abondante. Le col, qui n'est pas effacé, est cependant dilatable comme deux francs. Le doigt tombe sur le placenta qui semble occuper la face postérieure du segment inférieur et qui déborde l'orifice interne de 3 à 4 centimètres. On peut cependant, en avant et en haut atteindre les membranes nettement rugueuses. On les rompt le plus largement possible. Ces diverses opérations et manœuvres s'accompagnent d'une perte de sang relativement abondante. Durant la fin de la nuit l'hémorragie cesse pour reprendre brutalement vers les dix heures. Le poulx est à 130, la malade, pâle, commence à être agitée. M. Jeannin décide d'intervenir.

La femme est rapidement portée sur la table d'opération et étourdie au chloroforme.

Le col toujours aussi long et épais est dilaté entre deux et cinq francs. Il résiste à une tentative de dilatation bimanuelle et l'on juge qu'il serait non seulement dangereux d'insister, mais que cette méthode demanderait trop de temps.

Deux valves permettent de reconnaître le col long de 2 à 3 centimètres, épais. Une partie du placenta en obstrue la lumière. Deux pinces de Museux placées latéralement abaissent le col. L'on incise d'un coup en avant sur la ligne médiane le col et le vagin, celui-ci sur une longueur de 3 centimètres. De même en arrière où l'incision empiétant sur le cul-de-sac vaginal ouvre le Douglas. Quelques franges épi-ploïques saillent par la plaie.

L'ouverture est suffisante pour permettre à la main d'aller chercher un pied. Très prudemment l'on extrait, après perforation de la tête dernière, un fœtus de sexe féminin légèrement macéré.

La délivrance immédiate est pratiquée suivie de la suture de l'incision postérieure et de l'antérieure. On laisse ouverte la plaie vaginale

postérieure, l'on met deux points sur l'incision vaginale antérieure.

La malade a reçu pendant l'intervention 500 grammes de sérum glucosé et 20 centimètres cubes d'huile camphrée. Son pouls était à ce moment très accéléré.

A 6 heures du soir, il est encore à 120. La malade a reçu encore du sérum dans l'après midi.

Jusqu'au 16 mai, la température se maintient entre 36,8 et 37,6, le pouls demeure autour de 120.

Le 16 au soir, la malade monte à 38,4 et se plaint d'une douleur dans le flanc droit. L'utérus, qui est fortement incliné à droite, semble à ce niveau un peu douloureux. Les lochies sont normales. L'abdomen est glacé.

Le 22 mai la température tombe. Elle n'avait pas dépassé du 16 au 11, 38,6.

Le 25 mai, la température est normale, l'incision vaginale antérieure est fermée, ainsi que les cicatrices cervicales. Seul persiste au niveau du cul-de sac postérieur un pertuis par lequel d'ailleurs ne s'écoule pas de sérosité.

La malade quitte le service le 27 mai en très bon état.

Nous ne pouvons présenter que deux observations sur le sujet qui nous intéresse: les faits qu'elles envisagent sont tellement exceptionnels que nous n'avons pu en réunir d'autres.

Nous devons d'ailleurs avouer que nous ne pratiquons qu'assez rarement les incisions du col et que, sur les 1 475 accouchements qui furent pratiqués dans le service, du 1^{er} juin 1921 au 1^{er} juin 1922, nous ne les avons utilisées qu'une fois en dehors des deux cas qui précèdent.

Bien rares sont donc les femmes qui demandent à être aidées par cette méthode.

Sur le même nombre d'accouchements, nous avons pratiqué trois fois la dilatation bimanuelle. La souplesse du col, sa minceur, le degré très avancé de la dilatation nous per-

mettaient de nous aider de ce moyen chez les grandes multipares que nous accouchions.

Nous ne publions ces observations que parce que les incisions ont le mérite d'avoir été décidées malgré des contre-indications précises.

Le col avait encore une longueur appréciable.

La partie supérieure de sa portion intravaginale ne présentait qu'un faible degré de distension.

Dans le second cas, les incisions furent pratiquées sur une femme présentant un placenta prævia.

Si nous n'avons pas davantage tenu compte des règles établies, c'est que dans les deux cas nous étions en présence de fœtus de petit volume.

L'enfant de la première observation, né vivant, ne pesait que 2080 grammes.

Celui de la seconde pesait (sans matière cérébrale), 2400 grammes. Sa mort nous permettait d'user de la perforation de la tête dernière et nous pouvions le manœuvrer plus aisément.

Les deux fois, nous avons eu des présentations du siège ; dans un cas même, un pied procident nous évitait d'introduire la main dans l'utérus pour saisir l'enfant.

Enfin, de ces deux femmes :

La première était une iv^e pare, la seconde une ii^e pare et toutes les deux ayant eu des accouchements antérieurs normaux, nous pouvions tabler sur la complaisance de leurs tissus.

Cette complaisance, sur laquelle nous comptons, pourra faire critiquer notre conduite, et l'on nous demandera peut-être pourquoi nous n'avons pas eu recours à la dilatation bimanuelle.

Elle était impraticable, car elle demande avant toute chose un col tout à fait effacé, une dilatation avancée, des tissus souples. Or, nos deux femmes avaient un col long et vraiment bien résistant.

Chez la seconde, un membre pelvien et le cordon étaient dans la cavité cervicale. Je crois que nous ne serons pas taxé d'exagération en disant que nous allions au-devant d'une déchirure certaine du col, et que, d'autre part, l'introduction des doigts pour parfaire à la dilatation n'aurait pas été sans comprimer le cordon et amener la mort de l'enfant qui, à l'heure actuelle, est vivant.

Si peu interventionniste que l'on puisse être, il faut bien reconnaître que, dans ces conditions, nous ne pouvions guère faire autre chose.

La dilatation bimanuelle du col n'est guère encourageante : elle entraîne fréquemment une déchirure, ainsi que nous le montre la statistique que nous empruntons à MM. Bonnaire et Bar :

M. Bonnaire estime qu'elle se produit dans 16 p. 100 des cas.

Sur vingt cas, M. Bar la rencontre six fois, et deux femmes sont mortes d'hémorragies.

Nous ne parlerons pas de la dilatation instrumentale, plus terrible encore. Dans les treize cas relevés par M. Bar, il y eut treize déchirures du col.

Enfin, au point de vue des accouchements ultérieurs, il est indiscutable que les incisions du col ne constituent pas un facteur de gravité. De nombreuses observations ont déjà été recueillies de femmes qui, ayant subi des incisions lors de leur premier accouchement, ont ultérieurement accouché de façon absolument normale.

L'on ne peut en dire autant des déchirures profondes du col que, par suite d'hémorragies souvent abondantes, l'on a été amené à suturer de suite après l'accouchement. La rupture au niveau de la zone cicatricielle est fréquemment observée au cours d'un second accouchement. Et, dans ces cas, il est rare de la voir se limiter ; fréquemment, au contraire, elle tendra à gagner vers le segment inférieur et sera cause d'accidents redoutables.

Si la cicatrice résiste, elle pourra entraîner des troubles de la dilatation et nous obliger à intervenir et à pratiquer des incisions sur un col mal amplifié.

C'est assez dire que ces procédés de dilatation, excellents lorsque les parties sont souples, et surtout lorsque le col est effacé et partiellement dilaté, deviennent très dangereux dans les conditions inverses. Il était donc très logique de préférer à une déchirure aveugle, inéluctable, des sections voulues, bien placées et facilement réparables.

Nous serons certainement blâmés par tous les partisans actuels des incisions profondes du col qui n'admettent, à juste titre d'ailleurs, cette intervention que dans des conditions tout à fait favorables.

La technique même que nous avons suivie n'est pas exempte de reproches. Dans les deux cas, notre incision antérieure, qui a intéressé le cul-de-sac vaginal, pourra nous faire demander pourquoi nous n'avons pas préféré une césarienne vaginale.

Nous avons voulu limiter les délabrements au strict minimum. Et notre incision remontait si peu sur le segment inférieur que nous n'eûmes jamais besoin de refouler le péritoine et de protéger la vessie. Nous nous sommes arrêtés dès que nous avons eu un jour suffisant et nous avons évité ainsi

une section trop étendue du segment inférieur qui, comme nous le verrons quand nous étudierons la césarienne vaginale, n'est pas exempte de complications ultérieures, dans les cas surtout où des suites de couches fébriles viennent aggraver l'intervention.

L'effondrement du cul-de-sac de Douglas, comme cela s'est passé au cours de notre seconde intervention, n'a que peu d'importance. En raison de sa déclivité, partant de sa facilité de drainage, du rapide isolement de cette région d'avec la grande cavité abdominale, des complications péritonéales ne sont guère à redouter.

Cette observation confirme sur ce point l'opinion des auteurs classiques.

Si, exceptionnellement, nous nous sommes permis de faire abstraction des règles de conduite dûment établies, c'est que, nous le répétons, nous n'avons pas envisagé la possibilité de pouvoir faire autrement.

Il est certain qu'en obstétrique, plus qu'en aucune autre branche de la médecine, la personnalité de l'opérateur joue un rôle prépondérant. Il doit savoir adapter à chaque cas particulier des règles qui ne peuvent jamais être faites que pour des cas types, au même titre qu'un chirurgien modifiera sa technique en présence d'incidents qu'il n'a pu prévoir.

Tout ceci ne doit pas cependant nous faire oublier que, dans la majeure partie des cas, les incisions du col répondent à des besoins bien définis et les règles énoncées par MM. Jeanin et Garipuy, dans leur rapport au congrès d'obstétrique et de gynécologie de Toulouse, en 1910, ont conservé tout leur intérêt.

Nous pouvons les résumer en ces quelques phrases :

I. Les incisions doivent porter sur le même diamètre du col.

II. Elles ne doivent intéresser que la portion intravaginale du col.

III. Elles doivent atteindre le plus grand diamètre de la présentation fœtale, ce qui revient à dire qu'il faut que la présentation soit suffisamment descendue pour que son diamètre maximum coïncide ou soit sous-jacent à la ligne d'insertion du vagin sur le col de l'utérus.

Cette troisième condition fait toute la difficulté du problème, car il est, en effet, souvent très difficile de savoir si elle est réalisée.

M. Cathala et son élève Bénit dans sa thèse (Paris, 1921) ont donné des mensurations qui permettent, disent-ils, de savoir si le plus grand diamètre de la tête fœtale est descendu au-dessous des insertions du vagin sur le col.

La distance qui sépare sur la tête d'un enfant à terme les deux bosses pariétales l'une de l'autre est d'environ 16 centimètres. La ligne suivant laquelle cette mesure a été faite passe par le vertex.

Pour si intéressantes que soient ces mensurations, il nous paraît bien difficile de les mettre en pratique. A notre avis, c'est seulement par le toucher que l'on pourra se faire une idée approximative de la position de la présentation. Le doigt qui explorera avec soin dans la profondeur des culs-de-sac vaginaux recherchera les bosses pariétales, et pourra beaucoup plus facilement en apprécier la situation.

D'autre part, nous savons que dans la plupart des cas où l'on a à pratiquer les incisions profondes du col, nous y sommes amenés par des signes de souffrance fœtale ou de fatigue maternelle en rapport généralement avec un sommet en transverse ou en oblique postérieur.

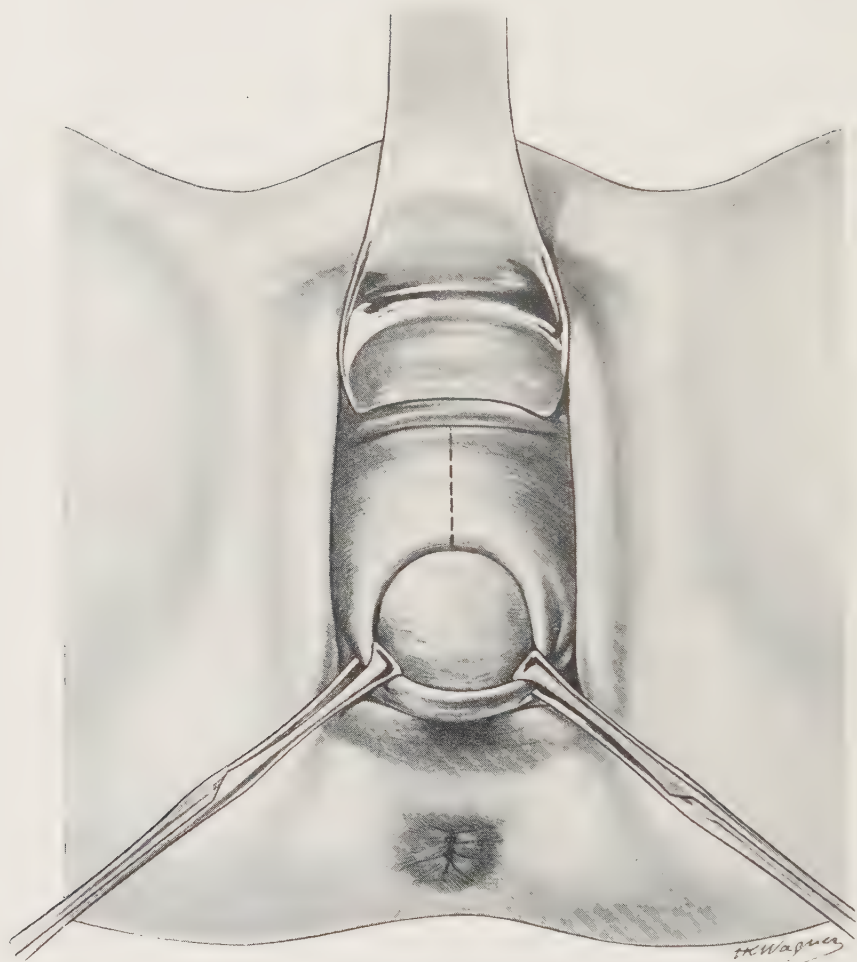


FIG. 1

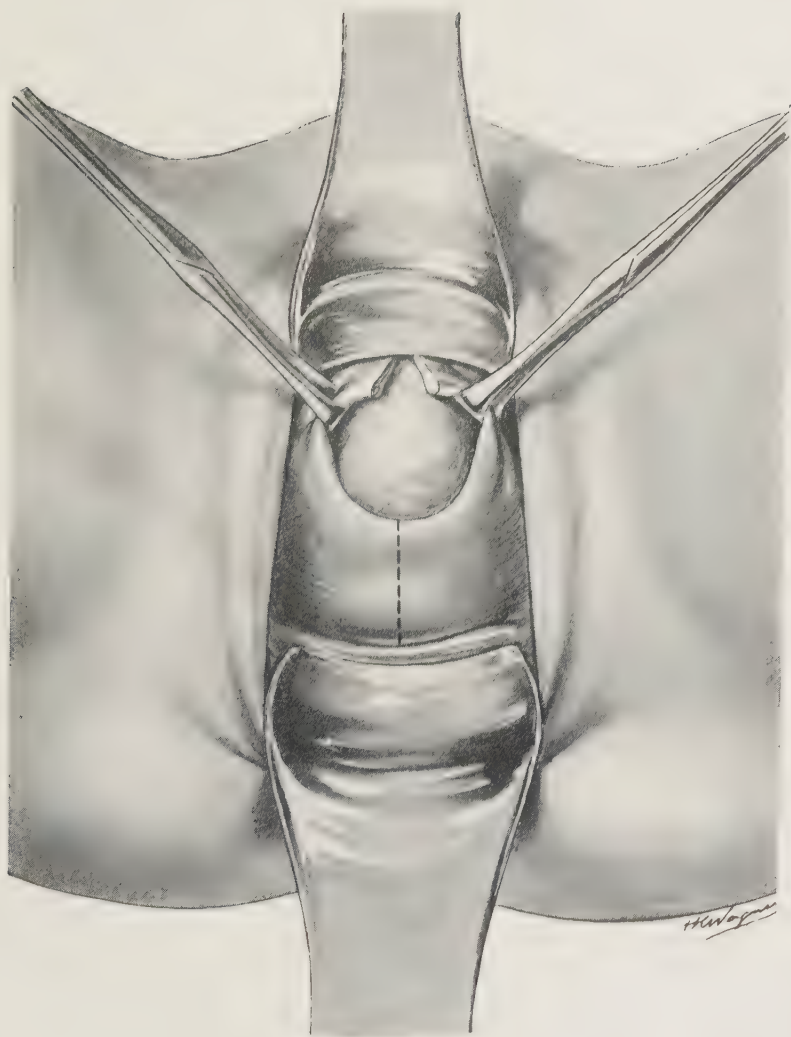


FIG. 2

Dans ces cas, la tête est généralement mal fléchie et le plus grand diamètre n'est plus un diamètre bipariétal, mais un diamètre antéro-postérieur.

Les mensurations n'ont donc plus aucune valeur dans ces cas et, comme nous l'avons déjà dit, c'est seulement le toucher qui autorisera à intervenir.

Quant à la technique même de l'intervention, nous pratiquons aussi les incisions sur le diamètre antéro-postérieur du col au niveau de la zone avasculaire. Nous estimons que ces incisions doivent être faites sous le contrôle de la vue et qu'il est indispensable de pouvoir suivre la tranche de section, de manière à éviter tant une incision incomplète et qui exige des retouches qu'une incision qui dépasserait son but.

Nous joignons à ce dire deux figures qui démontrent clairement qu'il est possible, au moyen d'une valve et sans épisiotomie préalable, de voir tant la partie antérieure du col que sa face postérieure. Dans ces conditions, nous faisons des incisions du col une opération qui, au point de vue clarté, n'a rien à envier aux interventions chirurgicales et évite ainsi le reproche trop souvent formulé aux interventions obstétricales d'être aveugles (fig. 1 et 2).

Nous insisterons enfin sur un dernier point. Dans tous les cas où le volume de l'enfant nous paraîtra dépasser la normale, nous devons craindre, au moment où nous serons appelés à faire la grande rotation, de voir le col entraîné dans ce mouvement par le forceps. Pour éviter des déchirures qui, par ce mécanisme pourraient s'étendre vers le segment inférieur ou le vagin et de là gagner la vessie, il nous paraît préférable d'extraire, lorsque nous sommes en présence de présentations postérieures, le fœtus en O. S.

Reste à discuter le placenta prævia qui, comme on le sait,

est donné comme une des contre-indications des incisions du col.

La crainte d'une hémorragie très abondante qui pourrait se produire au niveau de la section d'un col très aminci par l'insertion du placenta et très vascularisé par sa fixation à ce niveau, explique suffisamment pourquoi les auteurs classiques veulent éviter des incisions du col dans ces cas. Nous devons cependant avouer que la malade qui présentait un placenta prævia presque central et sur laquelle nous sommes intervenus, n'a pas saigné davantage que toute autre femme ayant subi la même opération. Cependant chez elle, les sections portaient en avant et en arrière sur des zones d'adhérence placentaire.

Nous ne pouvons, de ce cas unique, tirer des conclusions qui paraîtraient trop définitives et qui seraient en tout cas prématurées; nous nous bornons donc à citer le fait.

CHAPITRE II

CONSIDÉRATIONS SUR LA CÉSARIENNE VAGINALE

Observation n° 3. — Mme L.-G..., Léonie, vingt-sept ans.

Pas d'antécédents.

Réglée à quinze ans, régulièrement, sans douleurs.

Première grossesse en 1918 à vingt-trois ans qui se passe tout à fait normalement. Accouchement spontané à terme le 19 novembre 1918. Enfant vivant pesant six livres. Délivrance naturelle. Suites de couches normales.

Deuxième grossesse en 1919, normale pendant les sept premiers mois. Puis, sans cause apparente, vient faire saillie au niveau de la vulve, une tumeur grosse comme deux doigts au dire de la malade. La tumeur se réduit spontanément par le repos. La femme, sans consulter, reprend ses occupations. L'hypertrophie du col se reproduit spontanément à plusieurs reprises pendant les deux derniers mois de la grossesse, s'accompagnant de pertes liquides rosées.

La femme accouche dans le service le 14 décembre 1919 à 23 heures. Elle avait perdu les eaux le matin à 6 heures et était entrée lors des premières douleurs. A 18 heures, l'œdème venait de se reproduire. Une dilation bimanuelle du col suffit pour permettre l'extraction d'un garçon de 3 370 grammes.

Délivrance naturelle complète pesant 720 grammes.

Pas de complications, la malade sort au bout de onze jours.

La grossesse actuelle remonte au mois d'août dernier 1921. Les dernières règles se sont terminées le 10 août 1921.

Jusqu'au 6 mars, tout se passe normalement. A cette date, apparition à nouveau de l'œdème du col, qui se réduit spontanément par le repos et ne s'accompagne pas de pertes.

Huit jours avant son accouchement, au moment où la malade descend son escalier, l'œdème du col se reproduit, se réduit en s'accompagnant de pertes de sang dit-elle, se reproduit à nouveau quatre jours avant que la malade entre à l'hôpital et ne se réduit plus. Les pertes sanglantes augmentant d'intensité, elle entre le 15 avril à l'hôpital.

Sa température est de 38,5; le pouls a 100.

Examinée aussitôt, la malade, qui prétend avoir perdu les eaux, a un col œdématié, violet, avec des taches de sphacèle; le col, qui fait hernie au niveau de la vulve est d'un diamètre considérable — environ 6 centimètres — son palper est indolore. Une sérosité mêlée de sang s'en écoule.

Quand on examine la femme, le doigt pénètre dans le canal cervical, et l'on se rend compte que l'œdème n'existe qu'au niveau des faces latérales et de la face antérieure du col. En arrière le col se déchire sur une grande hauteur. L'index parvient à le retrouver, mais très haut, à plus de 8 centimètres, et très friable.

Craignant en pratiquant la dilatation manuelle d'augmenter la déchirure postérieure, M. Jeannin décide de faire une césarienne vaginale après amputation de la portion sphacélée. Le col est fortement attiré en bas, sectionné aux ciseaux le plus haut possible.

La tranche montre une épaisseur de plus de un centimètre en avant. Le col est très mince en arrière.

La colpotomie antérieure et le décollement du péritoine vésical s'effectuent sans incident ainsi que l'incision du segment inférieur, qui n'est pas œdématié. La colpotomie et l'incision sont facilement faites.

L'on applique le forceps sur une tête en O. I. G. A. et l'on extrait un garçon vivant de 3 100 grammes environ.

Délivrance immédiate complète.

Suture de l'incision postérieure, puis de l'antérieure, suture du cul-de-sac vaginal antérieur.

L'on tamponne l'utérus et le cul-de-sac vaginal postérieur; la mèche est retirée le soir.

Le mouvement fébrile persiste pendant plusieurs jours sans que jamais cependant la température dépasse 38,8.

Jusqu'au 3 mai, la malade élimine des débris sphacelés et quand avant son départ on l'examine au spéculum, l'on voit que le col est excessivement réduit, presque complètement disparu en avant.

La malade quitte le service le 16 mai en parfait état.

Observation n° 4. — Mme P..., Antoinette, vingt-six ans.

Femme sans antécédents, réglée à l'âge de quinze ans. Les règles sont régulières et indolores.

En 1917, à la suite d'une peur, dit-elle, la malade a une crise. c'est-à-dire une perte de connaissance suivie d'amnésie. Ces accès débutent, au dire de la malade, de façon subite, il ne semble pas qu'il y ait d'aura, il n'y a jamais eu morsure de la langue ni miction spontanée. De plus, quand la chute s'est produite la malade avoue qu'elle fut toujours douce et qu'elle n'a entraîné ni plaie, ni contusion, ni ecchymose.

Chaque accès dure environ quinze minutes. Il y en a un environ tous les six mois.

En mai 1919, ses règles s'arrêtent. A partir du moment où elle se sait enceinte les crises augmentent de fréquence, une à deux par mois. Les urines sont souvent analysées, il n'y a pas d'albumine.

Le 12 février au matin, elle vient à la consultation. L'utérus dur rend le palper impossible; les bruits du cœur sont perçus à gauche. La tête est engagée, le col perméable. Il n'y a pas d'albumine dans les urines. La malade retourne chez elle et doit revenir dans l'après-midi.

Elle revient, en effet, à 22 heures et tandis qu'elle se rend à la Maternité, par le chemin de ronde, elle a une crise. Elle tombe dans la neige, la personne qui l'accompagne vient prévenir le service. La femme qui ne présente pas de coma et qui a repris connaissance est réchauffée.

Elle raconte que depuis 1917 elle a des crises semblables et l'on pense à de l'épilepsie.

Entre 4 heures et 5 h. 45, six crises se succèdent.

A 6 heures la sage-femme en chef assiste à une crise d'éclampsie. La malade est sondée, les urines sont légèrement albumineuses. La tension artérielle est de 17 pour la maxima, de 9 pour la minima. L'on fait une saignée de 500 grammes. Les B. du C. sont perçus.

Jusqu'à 8 h. 20 la malade est calme. A 8 h. 25, une crise plus violente se déclanche. Le pouls demeure à sa suite accéléré à 140, la température monte à 38,2; la malade reçoit un centigramme de morphine, présente encore deux crises jusqu'à 9 h. 35; reçoit à nouveau un centigramme de morphine, devient alors plus calme et le pouls faiblit à 128.

A 19 h. 30, l'auscultation ne me permet plus d'entendre les B. du C.

A 11 heures, M. Metzger décide de pratiquer une césarienne vaginale.

Après colpotomie antérieure et postérieure, deux incisions sont faites sur la ligne médiane, l'une en avant, l'autre en arrière. Cette dernière moins longue que l'antérieure. La dilatation ainsi obtenue est suffisante pour permettre de pratiquer l'extraction par forceps d'un enfant né sans battements du cœur. (Tête assez élevée en G. A., dégagement en O. P.)

Après délivrance artificielle, deux tamponnements successifs sont nécessaires pour combattre l'inertie utérine qui succède à l'accouchement. On referme par quelques points au catgut les incisions de l'utérus. On suture la colpotomie antérieure. Deux mèches sont laissées en place au niveau des culs-de-sac latéraux.

L'enfant, de sexe féminin, pesait 2 650 grammes et le placenta 410 grammes.

La malade n'a plus présenté de crises après l'intervention.

Le 14 février, la femme est à peu près lucide, elle a encore 10 centigrammes d'albumine dans ses urines.

Le 16 février, la température s'élève. Les plaies périnéales sont griâtres. Des escarres se produisent au niveau du col et du vagin. La température, qui a atteint 40,2, ne tombe définitivement que le 2 mars.

Le 9 mars, avant sa sortie, la malade est examinée au spéculum. La lèvre antérieure est réduite à deux bourgeons charnus. La lèvre postérieure porte un sillon médian correspondant à l'incision, elle est plus développée que l'antérieure.

Le 11 mars, la malade quitte le service en bon état.

Vers la fin de juillet, la femme, qui n'a pas encore revu son retour de couche, vient consulter. Elle est enceinte d'environ 4 mois.

Le 19 août, au cours de son travail, elle est prise de violentes douleurs, perd les eaux, rentre se coucher et le 12 expulse un fœtus. Elle saigne quotidiennement du 12 au 20 août demeurant chez elle couchée.

Le 20 août elle a une syncope, se décide à appeler un médecin qui exige son transfert d'urgence à l'hôpital.

Dès son arrivée, elle y est curetée. Elle demeure onze jours dans un service de chirurgie avec une température de 40°. Puis elle rentre chez elle, se repose et six semaines après, elle a son retour de couche.

A partir de ce jour, ses règles seront douloureuses.

Le 8 octobre 1921 débute sa grossesse actuelle. Dès le premier mois, de violentes douleurs abdominales l'obligent à abandonner son travail.

Vers le sixième mois de sa grossesse, des douleurs plus vives encore l'obligent à se faire hospitaliser. Elle demeure huit jours en chirurgie, sort et continue à se reposer chez elle.

Dans la nuit du 23 au 24 mai une hémorragie de grande abondance se déclare, sans qu'il nous soit permis d'en évaluer la quantité.

La femme arrive à l'hôpital dans les heures qui suivent. Elle perd encore abondamment. Malgré sérum, huile camphrée, son pouls, deux heures après son entrée était encore à 140.

L'utérus dépasse de cinq travers de doigts l'ombilic, les battements de cœur sont perçus.

Au toucher le col est dilaté entre deux et cinq francs. Il semble complètement effacé, mais est rigide, fibreux, surtout en avant sur la ligne médiane où l'on sent la cicatrice de la césarienne vaginale antérieure en arrière l'on perçoit une encoche dans le col, reliquat de la cicatrice postérieure.

Un placenta prévia central comble l'air de la dilatation et tend même à s'évaginer.

L'on explore prudemment et le doigt ne peut atteindre les membranes.

De 4 heures à 10 heures, la femme ne saigne presque plus, mais la dilatation ne gagne pas un centimètre.

A 11 heures, l'état local étant le même et l'état général de la femme étant précaire, température à 36,5, pouls à 140, facies décoloré; M. Jeannin décide d'intervenir.

Il est impossible, après la mise en place de deux valves de reconnaître ce qui appartient au col ou au vagin.

La cicatrice antérieure est très visible ; les tissus à son niveau sont d'une minceur extrême ; une simple lame de tissu fibreux. La cicatrice postérieure moins visible n'est marquée que par une encoche. Le pourtour de l'orifice externe est uniquement composé de tissu cicatriciel inextensible.

Le placenta fait en partie hernie par cet orifice.

Deux pinces de Museux fixent latéralement le col, l'on incise aux ciseaux au niveau de la cicatrice antérieure, mais il est impossible de reconnaître si l'on sectionne le vagin ou le col. Le doigt ne rencontre aucun plan de clivage et une sonde métallique introduite dans la vessie nous révèle la présence de l'organe adhérent à la face antérieure du segment inférieur et au contact même de notre brèche.

L'on est obligé d'abandonner cette voie et l'on pratique la colpotomie postérieure. Le premier coup de ciseaux effondre le cul-de-sac de Douglas. Il faut se hâter car le pouls faiblit et l'on est même obligé de suspendre l'anesthésie. L'on incise la face postérieure du segment inférieur plus profondément que de coutume. La brèche permet de saisir un pied et d'extraire un enfant vivant de 1 500 grammes. La délivrance complète immédiate suit l'extraction.

L'on suture la plaie postérieure, puis l'antérieure, on tamponne l'utérus et le cul-de-sac vaginal postérieur. Une sonde à demeure est placée dans la vessie. La malade, qui n'est pas brillante, reçoit sérum, huile camphrée toutes les quatre heures. Le tamponnement est enlevé dans la nuit.

Le 27, la femme, dont l'état général est très médiocre, se plaint de son bas-ventre. Elle présente une défense abdominale localisée à la région ombilicale et aux deux fosses iliaques. Sa température est de 38,5, son pouls à 120.

A 6 heures du soir, l'état local est le même ; la température est de 39 ; le pouls à 130.

A 11 heures du soir, la défense est généralisée à tout l'abdomen. Depuis la veille, la malade n'a pas rendu de gaz. A l'heure actuelle, elle présente du hoquet et vient d'avoir deux vomissements consécutifs. L'on décide d'intervenir. L'on pratique à l'anesthésie locale, une

laparotomie médiane sous-ombilicale de dix centimètres. L'on glisse un drain dans le cul-de-sac de Douglas, un autre dans la fosse iliaque droite. La malade reçoit, en outre, 40 centimètres cubes de sérum de Leclainche.

Le 28 au matin, même état général. Le ventre est peut-être un peu moins douloureux. Les urines sont très rares. Par le drain s'écoule une sérosité fétide et brunâtre. Ce n'est que le 30 mai que se manifeste une amélioration appréciable de l'état général. La malade souffre moins de son abdomen qui est devenu souple et que l'on peut palper. Elle émet spontanément des gaz et a même une selle. Les urines augmentent.

Depuis cette date, l'état général va chaque jour s'améliorant.

Nous allons suivre pour la césarienne vaginale le même plan que pour les incisions du col. Nous commencerons donc par faire une étude analytique de nos observations pour terminer par un chapitre d'indication et de technique opératoire.

Notre première observation ne nous arrêtera que quelques instants. C'est un cas de césarienne vaginale classique, au temps préparatoire près. L'amputation fut faite aux ciseaux rapidement, au-dessous de l'insertion sur le col du cul-de-sac vaginal antérieur, et la colpotomie ainsi que le décollement du péritoine suivirent sans incident.

Il est indiscutable que nous avons eu affaire à un allongement œdémateux du col. La thérapeutique que nous avons employée pour avoir raison d'une dystocie, d'ordinaire peu grave, pourra paraître excessive.

En effet, M. Brindeau termine de la sorte son article sur l'allongement œdémateux du col dans le traité de Bar-Brindeau-Chambrelent.

« Le plus important dans le traitement est de ne pas trop

en faire, ce qui exposerait inutilement la femme à des lésions du tissu cervical. »

Lors du premier accouchement, cette règle de conduite fut rigoureusement observée. L'allongement œdémateux était vraiment alors aigu et intermittent.

Dans l'accouchement qui nous intéresse il n'en est plus de même. L'œdème qui d'ordinaire ne durait que quelques instants, tout au plus quelques heures, et qui se réduisait spontanément par le repos, durait depuis quatre jours et n'avait aucune tendance à se réduire.

De plus, le col présentait déjà des lésions de sphacèle et une déchirure au niveau de sa face postérieure qui n'encourageaient guère à pratiquer la dilatation artificielle.

Ce sont ces raisons qui nous ont conduits à l'amputation et nous croyons que dans ce cas nous n'avons pas outrepassé nos droits.

A l'encontre de ce que l'on pouvait croire et de ce que l'on supposait, le segment sus-vaginal du col ne prend que très faiblement part à l'œdème. En effet, lors de la section de ce segment, nous l'avons trouvé d'épaisseur à peu près normale et aucune sérosité ne s'est écoulée par la tranche.

Le seul inconvénient qui soit résulté de cette intervention est justement celui qui fait faire toutes ces réserves à M. Brindeau.

Lorsque nous avons examiné cette femme au spéculum, trois semaines après l'intervention, nous avons constaté une destruction presque complète du col et nous verrons en étudiant l'analyse de l'observation suivante, combien ce fait implique de réserve pour la bonne marche d'un accouchement ultérieur.

Cette seconde observation, en effet, nous renseigne sur

l'étendue des lésions qui peuvent s'observer à la suite d'une césarienne vaginale.

Il est certain que dans notre observation, les circonstances étaient aggravées du fait que cette femme avait eu des suites de couches fébriles et un avortement qui avait nécessité son hospitalisation pendant près de onze jours dans un service de chirurgie; mais nous ne pouvons retenir ce dernier fait que comme une cause qui a pu favoriser chez elle un placenta prævia.

Les lésions péritonéales qui ont compliqué notre intervention soudant la vessie au segment inférieur et le péritoine du cul-de-sac de Douglas à la face postérieure de l'utérus et du vagin sont nettement imputables à l'infection qui a suivi la première césarienne vaginale.

Or, si nous examinons les statistiques portant sur l'infection post-opératoire, nous voyons en réunissant tous les chiffres publiés par les auteurs jusqu'en 1911 que la morbidité post-opératoire par infection est de 33 p. 100. Cette morbidité étant celle que l'on observe chez les femmes en état d'asepsie, chez les femmes par avance infectées, elle est infiniment plus considérable et atteint de 75 à 100 p. 100. Ces chiffres nous incitent donc à être excessivement prudents et à ne pratiquer de césarienne vaginale que dans les cas où toute autre ligne de conduite ne pourrait nous permettre de sauver la femme.

Il vaut mieux, en effet à notre avis, avoir recours à la césarienne classique.

Les accidents immédiats sont infiniment moins redoutables et les adhérences péritonéales qui succèdent à la césarienne abdominale n'ont jamais été cause de grosses diffi-

cultés opératoires. Ces adhérences n'intéressent, en effet, le plus souvent que le grand épiploon.

Beaucoup plus rarement, nous pouvons trouver quelques anses intestinales entre la paroi abdominale et l'utérus. De quelque ordre que soient ces adhérences, elles seront toujours facilement sectionnées, et n'auront d'autres inconvénients que d'allonger un peu la durée de l'intervention. La morbidité opératoire est presque nulle, comprise entre 5 et 6 p. 100. Il est indiscutable que nous serons obligés d'intervenir à nouveau au cours des grossesses ultérieures, car de l'avis unanime, il est nettement contre-indiqué d'abandonner à elle-même une femme sur laquelle précédemment l'on est intervenu. La césarienne vaginale ne nous semble pas, hélas, permettre d'escompter des accouchements ultérieurs normaux.

Le cas que nous rapportons en est une preuve, et il doit, en se basant uniquement sur les statistiques, s'observer dans 33 p. 100 des cas. Plus exactement Hauch sur 23 accouchements survenus chez des femmes ayant subi antérieurement une césarienne vaginale a pu relever cinq cas de dystocie sérieuse, soit une proportion de 22 p. 100. Quand l'infection n'est pas venue troubler la cicatrisation, nous pensons que l'on doit quand même redouter, tout comme dans la césarienne classique, l'éclatement du segment inférieur. De plus, l'adhérence du péritoine pré-utérin au segment inférieur doit être aussi fréquente que celle du péritoine de la grande cavité à la face antérieure de l'utérus. Nous risquerons donc d'avoir des difficultés pour décoller le feuillet péritonéal, et, tous les auteurs admettent que : si l'ouverture du cul-de-sac de Douglas est en général bénigne, l'ouverture du cul-de-sac vésico-utérien risque d'être plus grave et qu'il faut toujours

redouter l'apparition d'une péritonite consécutive. Dans ces cas, les difficultés opératoires font que le grand avantage que présente la césarienne vaginale sur les interventions par voie haute, qui est justement de rester extra-péritonéale, disparaît et qu'à tout faire, il vaut peut-être mieux passer par la voie abdominale.

Sans compter que la vessie peut être elle-même lésée et que nous n'avons évité cette complication que par la prudence avec laquelle notre incision antérieure fut pratiquée.

Malgré toutes les restrictions que nous venons de faire, et les difficultés opératoires que nous avons eu à surmonter, il nous était impossible, dans le cas présent, de faire autrement. Nous ne pouvions intervenir par une autre méthode par voie basse. La mise en place d'un ballon pour parfaire la dilatation d'un col indilatable aurait été une utopie et nous borner à faire des indications du col eût été déplorable. Nous étions sûrs, en effet, malgré l'extrême petitesse du volume du fœtus, de voir nos incisions se prolonger vers le segment inférieur, ce qui, avec l'adhérence de la vessie à l'utérus, aurait entraîné un éclatement de l'organe. Nous avons opéré sur une femme présentant une insertion vicieuse du placenta qui, à nos yeux, est cependant une contre-indication. Nous devons encore ici avouer que nous n'avons pas eu de ce fait une hémorragie tant soit peu abondante. Si nous étions intervenus par voie haute, nous ne pouvions laisser en place un utérus qui, sectionné sur son segment inférieur, l'aurait aussi été sur son corps. Nous aurions donc été obligés de faire une césarienne mutilatrice, et dans ce cas, nous aurions éprouvé la même difficulté à décoller la vessie de l'utérus. Nous ne parlerons pas des autres incidents qui peuvent émailler l'opération. Ils sont nombreux. Nous insisterons cependant sur

le fait que de toutes les interventions obstétricales et peut-être même chirurgicales, la césarienne vaginale demande un opérateur habile et prudent et surtout un nombre d'aides qui rend prohibitive cette intervention en dehors du milieu hospitalier.

Tout ce qui précède ne doit pas être considéré comme une condamnation de la césarienne vaginale, qui reste ce qu'elle doit être, c'est-à-dire une intervention qui sera toujours indiquée dans les cas où l'évacuation immédiate de l'utérus est la seule chance de salut pour la femme.

Dans tous les cas où la césarienne habituelle n'a pas de raison d'être et où l'on ne peut recourir à l'accouchement forcé en raison du manque de souplesse et de la non-dilatabilité des tissus, nous sommes conduits ainsi à analyser les indications et les contre-indications de la césarienne vaginale.

Nous ne la pratiquerons pas en dehors de cliniques ou d'hôpitaux pouvant nous fournir l'outillage nécessaire et l'aide nombreuse indispensable.

Nous éviterons cette intervention, comme l'a soigneusement fait remarquer M. Bar, dans tous les cas où un enfant trop volumineux risquerait, au moment de l'extraction, de produire des délabrements du muscle utérin sur la gravité desquels nous n'avons pas besoin d'insister.

Nous n'avons pas davantage besoin d'insister sur la présence d'un obstacle *prævia* qui est une contre-indication formelle trop facile à comprendre.

Enfin, malgré que nous n'en ayons pas tenu compte, dans le cas très exceptionnel que nous rapportons, l'insertion vicieuse du placenta, en raison des risques d'hémorragie particulièrement redoutable dans ces cas, nous semble aussi être une des contre-indications de la césarienne vaginale.

Ceci étant dit, quelles sont les indications de cette intervention ? Nous pouvons immédiatement citer les cas où l'état de santé de la mère est tel que la possibilité d'une grossesse ultérieure n'entre pas en ligne de compte.

La tuberculose pulmonaire, les accidents gravido-cardiaques rentrent dans cette catégorie. Il est indiscutable que, chez ces femmes, nous devons tout tenter pour essayer d'avoir vivant un enfant que leur état de santé ne leur permettra pas d'espérer plus tard. Étant donné qu'il est à souhaiter, devant les troubles de l'état général, que cette grossesse soit pour elle la dernière, nous n'avons pas à nous préoccuper de la difficulté possible d'accouchements ultérieurs.

En dehors de ces cas, nous pourrons être amenés à la pratiquer dans l'éclampsie puerpérale. Nous ne devons cependant pas nous hâter d'intervenir. Le travail est d'ordinaire très rapide et les moyens de thérapeutique courante peuvent nous donner le temps de nous retourner. La césarienne s'imposera davantage lorsque les crises deviendront subintrantes.

De même, en cas de décollement prématuré du placenta, et surtout dans les cas où l'hémorragie rétro-placentaire aura eu une abondance telle que la femme est en danger immédiat, nous pourrons encore avoir recours à la césarienne par voie basse.

Nous citerons enfin l'infection amiotique. Bien qu'il soit certain que les suites de couches seront particulièrement redoutables dans ce cas, il est cependant préférable d'éviter une septicémie envers laquelle nous serons désarmés.

La rigidité néoplasique du col qui, pour certains auteurs, relève de la césarienne vaginale, nous semble en être une contre-indication formelle, la seule méthode qui logique-

ment s'impose étant la césarienne abdominale suivie d'hystérectomie totale.

A côté de toutes ces indications d'ordre maternel, nous pouvons relever des indications d'ordre fœtal, mais nous tenons dès maintenant à dire qu'elles nous semblent passer au second plan.

Seule, la procidence du cordon nous paraît être une des indications de la césarienne vaginale, et encore devons-nous nous rappeler que l'enfant est toujours très compromis dans ces cas et que nous ne devons intervenir que si nous sommes à peu près sûrs de pouvoir l'extraire vivant.

Nous désirons terminer par un exposé de la technique de la césarienne vaginale.

Des techniques multiples ont été proposées. Les uns incisant seulement en avant, d'autres à l'arrière, d'autres également sur les deux faces. Nous préférons l'incision antérieure haute, le plus haut possible, et une incision postérieure réduite, nous basant, pour expliquer notre ligne de conduite, sur les dispositions anatomiques du péritoine utérin, sur lesquelles a particulièrement insisté Wilhem dans sa thèse, Paris 1913.

Wilhem montre, en effet, que le péritoine qui tapisse la face antérieure de l'utérus se laisse facilement décoller, n'étant maintenu que par des tractus lâches. La facilité de ce décollement combat la descente plus accusée du cul-de-sac vésico-utérin au cours de la grossesse. D'autre part, la ligne d'adhérence du péritoine à l'utérus remonte au fur et à mesure que se développe le globe utérin; de sorte qu'il nous est possible d'inciser le segment inférieur sur un utérus à terme, sur une hauteur de 5 à 7 centimètres. En arrière, au contraire, la zone d'adhérence normale descend infiniment plus

bas et, si grâce à l'état de relâchement des tractus péritonéaux, nous pouvons pratiquer le décollement du péritoine de la face postérieure du segment inférieur, nous ne pouvons le faire que sur une bien plus faible étendue. Nous risquerions, en incisant plus haut, d'ouvrir le péritoine.

Nous insisterons enfin sur la rétraction musculaire qui se produit presque constamment au niveau de la limite de notre incision. Nous serons donc obligés, pour avoir un jour suffisant et pour éviter une extension de notre déchirure au moment où nous extrairons l'enfant, de nous faire le maximum de place, et nous n'obtiendrons une ouverture suffisante qu'en remontant sur le segment inférieur le plus haut possible.

Ceci étant dit, dans quel ordre se succèdent les différents temps opératoires.

Premier temps. — Incisions vagino-périnéales.

Il est indispensable de pouvoir contrôler à tout moment nos gestes opératoires. Nous aurons donc besoin d'avoir beaucoup de jour. Nous ne l'obtiendrons que par deux incisions vagino-périnéales qui nous permettront :

1° D'abaisser très fortement la fourchette, donc de pouvoir par contre-coup attirer le col très en bas.

2° D'avoir un large accès en arrière favorable à l'incision de la partie postérieure du segment inférieur, et plus encore à sa suture, qui sans cette précaution est souvent très difficile.

3° Cette double épisiotomie favorise la mise en place du forceps et nous permet d'extraire plus rapidement l'enfant.

Notre première figure (fig. 3), faite à la même échelle que celles des incisions du col, montre bien la différence consi-

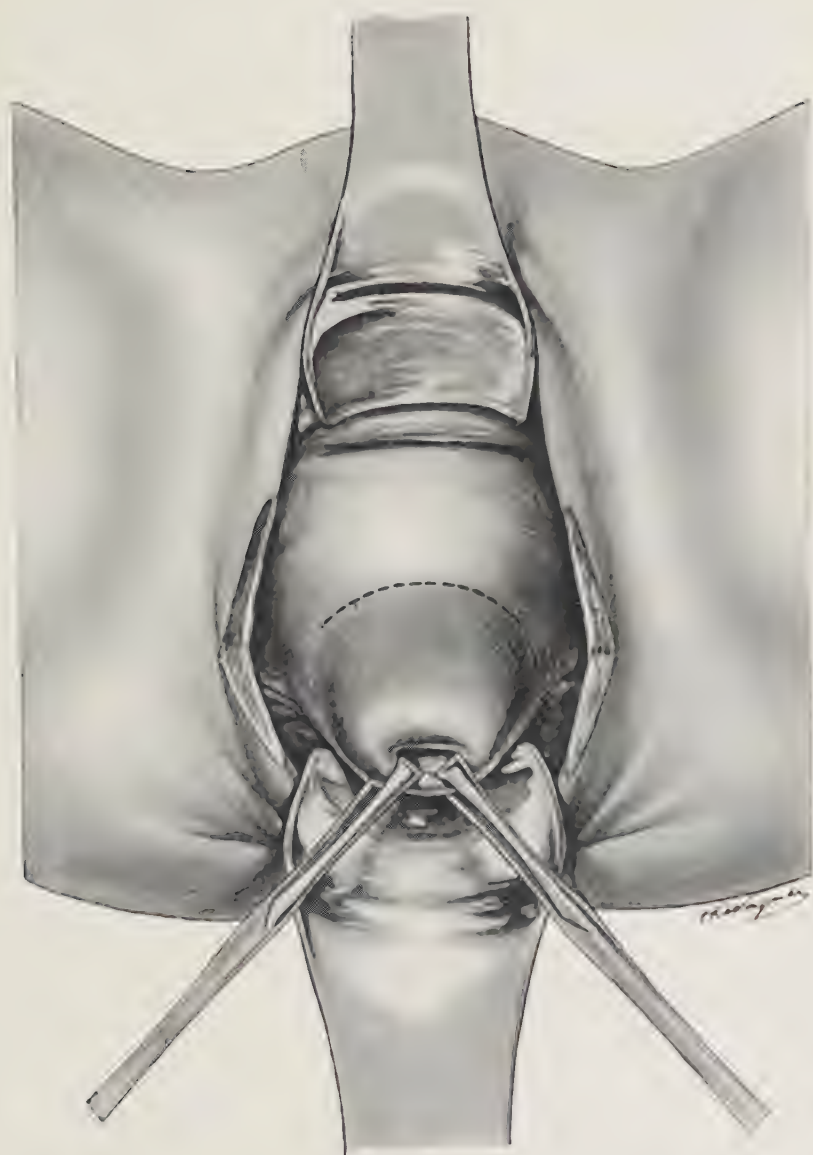


FIG. 3

dérable de surface d'attaque que l'on obtient par double épisiotomie. Nous pourrions cependant nous en passer chez les multipares à tissus souples, chez lesquelles une pression suffisante sur la grande valve permet d'obtenir un jour suffisant.

Nous placerons alors deux valves; une longue en avant, elle chargera tout à l'heure le péritoine et protégera la vessie, une plus large en arrière, valve de 6 centimètres pour nous donner du jour. Puis nous saisissons le col par deux pinces de Museux placées aux deux pôles de son diamètre transversal. Une traction soutenue amène le col à la vulve.

Deuxième temps. — Colpotomies et incisions de l'utérus.

Nous ferons la colpotomie antérieure aux ciseaux courbes. Nous inciserons le vagin le plus bas possible en prenant soin de diriger nos ciseaux de façon qu'ils buttent sur le col. Nous éviterons ainsi d'ouvrir le cul-de-sac vésico-utérin, ce qui a, on le sait, des conséquences graves. Cette colpotomie devra avoir 5 à 6 centimètres de large pour bien dégager l'abord du segment inférieur (fig. 4).

Certains auteurs, pour gagner du temps, préfèrent inciser directement en avant, en un seul temps, utérus et vagin. Nous ne pouvons approuver cette manière de faire, l'on ne gagne que quelques secondes et l'on risque de léser la vessie et le cul-de-sac vésico-utérin. D'autre part, la visibilité sur le segment inférieur est très réduite de ce fait et nous nous en apercevrons surtout au moment où nous serons appelés à faire nos sutures.

Nous chargerons sur la valve antérieure le vagin et décollerons à la compresse le péritoine. Il sera aussi récliné sur la valve qui le protégera ainsi que la vessie.

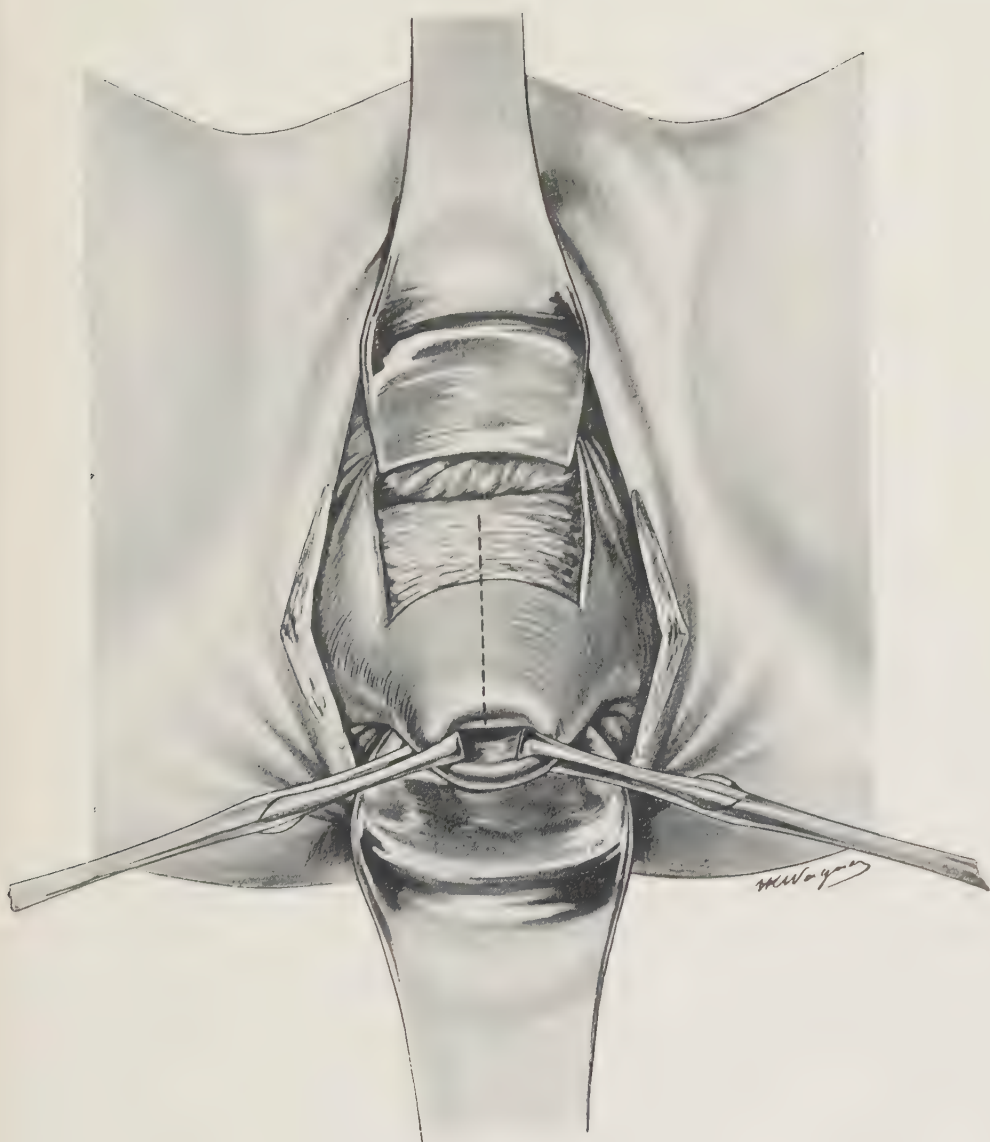


FIG. 4

Le champ de l'incision antérieure sera tendu grâce aux deux pinces de Museux que les aides tiendront écartées. Nous n'aurons qu'à couper sur la ligne médiane dans la zone avasculaire, le segment inférieur. Il est préférable de reprendre au cours de la section, avec de nouvelles pinces, les lèvres de l'incision pour reconnaître la hauteur à laquelle nous sommes, et pour apprécier le degré d'ouverture que nous avons obtenu (fig. 5).

Passant alors à la face postérieure, nous effectuerons de même la colpotomie postérieure, le décollement, la section de l'utérus (fig. 6). Notre colpotomie doit aussi porter le plus bas possible. En effet, en attirant en bas l'utérus, nous amenons de même le vagin. Le péritoine qui adhère peut ainsi se glisser entre le col et le vagin et être intéressé par notre incision.

Troisième temps. — Extraction de l'enfant et délivrance.

Enlevons pinces et valves. Si la tête est engagée et facilement accessible, l'enfant sera extrait par forceps ; par version podalique quand la présentation est élevée et mobile.

Il reste entendu, qu'en cas de fœtus mort, tous les moyens aptes à diminuer le volume de l'enfant seront à mettre en jeu.

Il vaut mieux dès la sortie du fœtus pratiquer la délivrance artificielle. L'on évite ainsi de prolonger l'anesthésie. Nous aurons naturellement soin de ne laisser aucun débris membraneux dans l'utérus.

En cas d'inertie utérine, un tamponnement peut être mis en place. Généralement le massage énergique de l'utérus par un aide suffit à combattre l'inertie utérine pendant la durée des sutures. Une fois celles-ci terminées, le tamponnement pourra être appliqué.

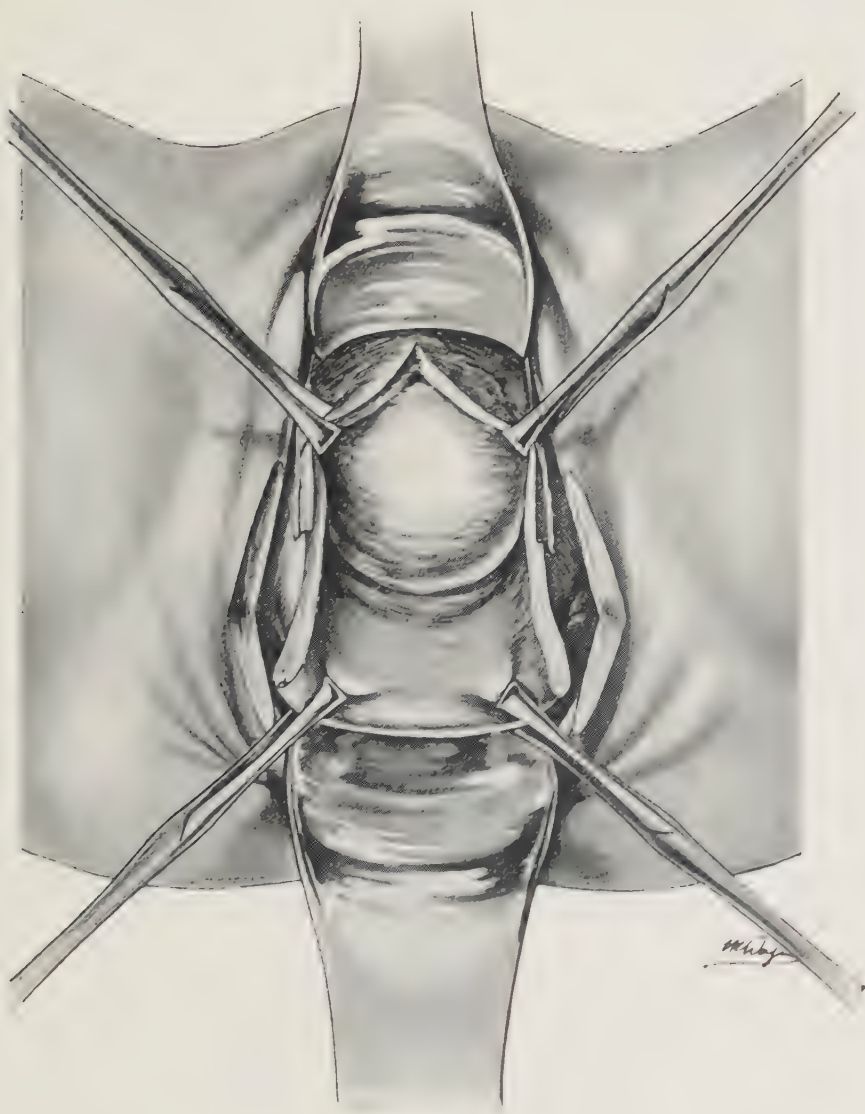


FIG. 5



FIG. 6

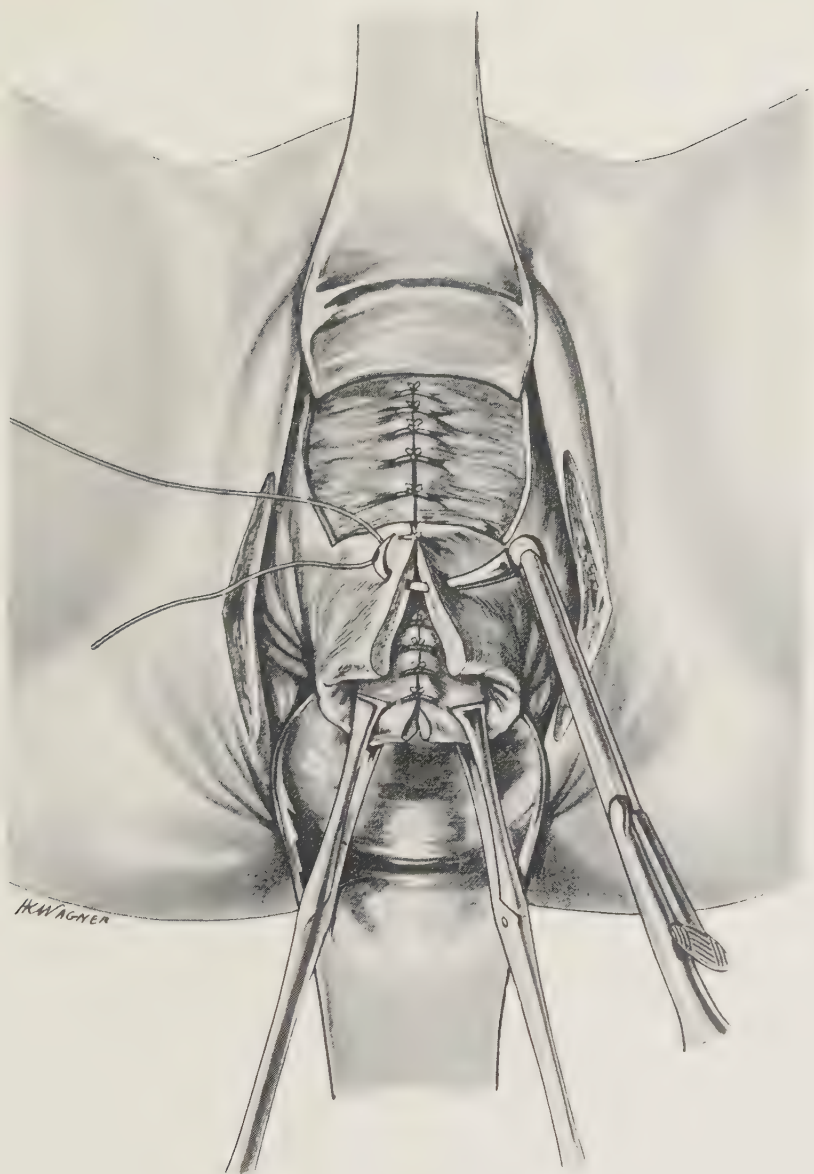


FIG. 7

Quatrième temps. — Sutures (fig. 7).

On commence par suturer la paroi postérieure du segment inférieur. Si nous voulons placer nos nœuds en dehors de la cavité cervicale, nous sommes obligés de relever fortement le col par des pinces et d'utiliser une aiguille de Reverdin qui seule pourra être manœuvrée entre la valve et l'utérus. Il nous sera bien plus facile de refermer avec une aiguille de J.-L. Faure, en chargeant de dedans en dehors et de droite à gauche. Les nœuds de catgut se trouveront dans la cavité cervicale mais cela ne présente aucun inconvénient.

Doit-on alors suturer la brèche vaginale postérieure ? C'est parfaitement inutile ; tout au plus pourra-t-on la rétrécir par deux points. Il nous semble aussi superflu de drainer, à moins d'infection préexistante.

L'on suture ensuite la paroi utérine antérieure et l'on fixe par deux points le cul-de-sac vaginal antérieur sur le col.

Nous réparons enfin les deux épisiotomies.

CONCLUSIONS

1. Il y a deux méthodes chirurgicales en présence pour effectuer un accouchement rapide : les incisions du col et la césarienne vaginale.

2. Ces deux méthodes qui jusqu'à un certain point se concurrencent, n'en reconnaissent pas moins l'une et l'autre des indications particulières.

3. Sur les incisions du col, nous ne dirons que quelques mots. Tout le monde est d'accord sur leur emploi. Nous préconisons les incisions pratiquées sous le contrôle de l'œil, le col étant bien mis en lumière grâce à deux larges valves vaginales. Nous ne préconisons que les incisions antéro-postérieures suivant aussi exactement que possible la zone avasculaire de l'utérus.

4. Nous pouvons dire de la césarienne vaginale :

a) Que malgré les incidents qui peuvent la troubler, elle demeure une opération à utiliser dans tous les cas où l'évacuation de l'utérus s'imposant, l'état des parties molles ne permet pas la dilatation extemporanée et l'état d'ampliation cervico-segmentaire rend insuffisantes les incisions cervicales.

b) Tout en proscrivant habituellement la césarienne vaginale en cas d'insertion vicieuse du placenta, nous croyons que dans certains cas il est légitime d'y recourir; notre observation n° 4 prouve le bien-fondé de cette assertion.

c) En cas d'indications qui ne paraissent formelles ni dans le sens des incisions cervicales ni dans le sens de la césarienne vaginale, nous conseillons d'avoir recours à cette dernière intervention plus large et en l'espèce plus prudente.

d) Il importe dans cette opération plus que dans toute autre de voir exactement en partant ce que l'on fait et en particulier d'apporter une attention toute spéciale à l'isolement de la vessie et du cul-de-sac vésico-utérin.

C'est pourquoi nous rejetons d'une façon systématique la colpo-hystérotomie faite en un seul temps à l'aide d'une seule incision antéro-postérieure.

Nous admettons au contraire comme indispensable de faire précéder chaque incision cervico-segmentaire d'une colpotomie antérieure transversale. De cette façon, et de cette façon seulement, on peut être certain d'éloigner la vessie du champ opératoire.

Vu : le Président de la Thèse,
BRINDEAU

Vu : le Doyen,
ROGER.

Vu et permis d'imprimer :
Le Recteur de l'Académie de Paris,
APPELL

TABLE DES MATIERES

INTRODUCTION.	7
-----------------------	---

CHAPITRE PREMIER

Considérations sur les incisions du col	9
---	---

CHAPITRE II

Considérations sur la césarienne vaginale	22
---	----

CONCLUSIONS.	45
----------------------	----

